Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9213**

17. Wahlperiode 28. 03. 2012

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/8832 –**

Verfassungswidrigkeit der Regelung zum Selbstverschulden in § 52 Absatz 2 und zur Datenübermittlung in § 294a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Jahr 2007 wurde § 52 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geschaffen. Diese Regelung sah vor, dass gesetzlich Krankenversicherte an Folgekosten von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen, wie zum Beispiel einer ästhetischen Operation, Tätowierungen oder Piercings, beteiligt werden müssen.

Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 ist diese Regelung nur noch auf die drei genannten Maßnahmen anzuwenden, nicht mehr auf vergleichbare Eingriffe. Diese Begrenzung wurde laut Begründung des Gesetzes auch beabsichtigt, es liegt also keine planwidrige Regelungslücke vor.

Nach Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller widerspricht diese Regelung dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 des Grundgesetzes (GG). Die Bundesregierung sieht dies nicht so. Sie hat dem Abgeordneten Harald Weinberg auf die Schriftliche Frage 60 am 24. Januar 2012 geantwortet: „Der Ausschluss von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch (…) dem Versicherten zuzurechnenden Verhaltensweisen verursacht sind, würde die gesetzlichen Krankenkassen vor kaum handhabbare Abgrenzungsprobleme stellen. (…) Hierin ist auch der Grund zu sehen, der eine etwaige Ungleichbehandlung nach Artikel 3 GG rechtfertigt“ (Bundestagsdrucksache 17/8509).

Diese Begründung geht ins Leere. Denn um den Gleichheitsgrundsatz zu wahren, darf Vergleichbares nicht ungleich behandelt werden. Das ist aber der Fall: Branding (das Einbrennen von Symbolen oder Schriftzeichen in die Haut), Subdermals (Metalle, die unter die Haut eingebracht werden), Cutting (bewusst herbeigeführte Schnittmuster), Tongue cutting (das Aufspalten der Zunge, damit sie amphibisch anmutet) oder auch andere, weniger verbreitete Body Modifications sind mit Piercings durchaus zu vergleichen. Hier sind Folgeerkrankungen ähnlich gut abgrenzbar, das zitierte Kriterium der Bundesregierung also auch erfüllt. Auch diese Eingriffe sind medizinisch nicht notwendig und dienen rein ästhetischen Zwecken. Trotzdem zahlt die Kasse voll-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. März 2012 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

ständig für Folgeerkrankungen. Das Gleiche gilt für das Durchstechen des Ohrläppchens zum Tragen eines Ohrrings. Trotz offensichtlicher Analogie zum Piercing werden die Betroffenen nicht an den Behandlungskosten für Folgeerkrankungen beteiligt.

§ 294a Absatz 2 SGB V zwingt die Ärzteschaft dazu, die Patientinnen und Patienten der Krankenkasse zu melden, auf die der § 52 Absatz 2 SGB V anzuwenden ist. Auch das ist grundgesetzwidrig. Zum einen verstößt bereits der § 52 Absatz 2 SGB V, auf den der § 294a Absatz 2 SGB V Bezug nimmt, wie oben dargestellt gegen Artikel 3 GG. Aber auch der § 294a Absatz 2 SGB V ist in Bezug auf das Recht auf informationelle Selbstbestimmung kritisch zu sehen. Denn den Krankenkassen wird von den Leistungserbringern ein Verdacht über einen Diagnoseschlüssel gemeldet. Die Krankenkassen müssen aufgrund dieses Verdachts den Einzelfall prüfen. Zwischen Krankenkasse und Versicherter/Versichertem findet erneut ein Austausch mit sensiblen Daten statt.

Die Fraktion DIE LINKE. fordert in dem Antrag „Opfer des Brustimplantate-Skandals unterstützen – Keine Kostenbeteiligung bei medizinischer Notwendigkeit“ auf Bundestagsdrucksache 17/8581 vom 7. Februar 2012, den § 52 Absatz 2 SGB V zu streichen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde § 52 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Die Vorschrift dient der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Verursachen Versicherte nicht aus medizinischen, sondern aus rein ästhetischen Gründen eine Gesundheitsbeeinträchtigung oder nehmen sie diese in Kauf (sogenannte wunscherfüllende Medizin), hat die Krankenkasse sie an den entstandenen Kosten zu beteiligen. Anders als teilweise behauptet, führt diese Maßnahme nicht zur Entsolidarisierung, sondern stärkt vielmehr das Solidarprinzip in der GKV. Personen, die aus den genannten Motiven Gesundheitsrisiken eingehen, verhalten sich unsolidarisch und können insofern auch nicht mit umfassendem Schutz durch die Solidargemeinschaft rechnen.

Die Ursprungsfassung der Vorschrift nannte im Rahmen einer beispielhaften Aufzählung („insbesondere“) die Tatbestände „ästhetische Operation, Piercing und Tätowierungen“ als Eingriffe, die die Rechtsfolgen der Eigenbeteiligung auslösen können. Die Tatsache, dass es sich um eine beispielhafte und keine abschließende Aufzählung handelte, wurde kritisiert. Die Kritiker befürchteten, dass auch nicht mit ästhetischen Eingriffen zusammenhängende Gesundheitsbeeinträchtigungen, etwa die Folgen von Verkehrs- und Sportunfällen oder von Übergewicht unter den Anwendungsbereich der Vorschrift fallen könnten. Dies war jedoch zu keinem Zeitpunkt beabsichtigt. Um eventuelle Missverständnisse zu vermeiden, hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ daher das Wort „insbesondere“ und damit die beispielhafte Aufzählung gestrichen und den Anwendungsbereich der Vorschrift ausschließlich auf die genannten Tatbestände „ästhetische Operationen, Piercing und Tätowierung“ beschränkt.

Die Beschränkung auf die genannten ästhetischen Eingriffe ist aus mehreren Gründen gerechtfertigt. Zum einen lassen sich deren Folgen – wie bereits in der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 60 (Bundestagsdrucksache 17/8509) des Abgeordneten Harald Weinberg vom 24. Januar 2012 erläutert – leichter abgrenzen als dies bei anderen gesundheitsgefährdendem Verhalten, wie der Teilnahme am Straßenverkehr, dem Betreiben von unter Umständen auch risikoreichen Sportarten oder auch den mittelbaren Folgen von ungesunder Lebensführung (Rauchen, Alkoholkonsum) der Fall wäre. In

diesen Fällen müsste regelmäßig geklärt werden, ob eine konkrete Erkrankung tatsächlich auf das gesundheitsgefährdende Verhalten zurückzuführen ist, was die Krankenkassen häufig vor kaum handhabbare Abgrenzungsprobleme stellen würde. Zum anderen besteht durchaus auch ein qualitativer Unterschied zwischen risikoreichen Eingriffen in die eigene körperliche Unversehrtheit aus rein ästhetischen Motiven und den anderen, eher der allgemeinen Lebensführung zuzurechnenden Verhaltensweisen.

In Bezug auf die datenschutzrechtliche Begleitregelung des § 294a Absatz 2 SGB V weist die Bundesregierung darauf hin, dass dadurch kein unzulässiger Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung erfolgt. Diese Vorschrift ist geeignet, erforderlich und angemessen, um die Krankkassen in die Lage zu versetzen, die in § 52 Absatz 2 SGB V vorgesehene Beteiligung der Versicherten an den Kosten zu prüfen und dient somit auch der Stärkung des Solidarprinzips und der Eigenverantwortung der Versicherten in der GKV.

1. Ist das Kriterium der Abgrenzbarkeit von Folgeerkrankungen hinreichend für die grundgesetzkonforme Aufnahme oder Nichtaufnahme von Einzeltatbeständen in § 52 Absatz 2 SGB V?

2. Welche Daten rechtfertigen die von der Bundesregierung herangezogene Begründung der Ungleichbehandlung bei ästhetischen Eingriffen aufgrund unterschiedlich gut abgrenzbarer Folgeerkrankungen?

   Sind Erkrankungen etwa nach Ohrlochstechen oder Branding weniger gut auf den ästhetischen Eingriff zurückzuführen als Erkrankungen nach Tätowierungen oder Piercings?

3. Ist die fehlende Abgrenzbarkeit von Folgeerkrankungen anderer, möglicherweise in den Bereich der Selbstverantwortung fallender Verhaltensweisen prinzipiell gegeben (z. B. bei durch zu schnelles Fahren selbstverschuldeten Verkehrsunfällen)?

   Sieht die Bundesregierung diesbezüglich einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot, da die Betroffenen nicht an den Behandlungskosten beteiligt werden müssen?

4. Ist die Abgrenzbarkeit der Folgeerkrankungen nach Tätowierungen in jedem Fall gegeben oder kann eine vergleichbare Hauterkrankung auch unabhängig von einer Tätowierung auftreten?

   Wird diese Abgrenzbarkeit der Ursachen umso schwieriger, je größer die tätowierte Hautfläche – bis hin zur Ganzkörpertätowierung – ist?

5. Können Schönheitsoperationen auch Erkrankungen verursachen, die nicht eindeutig auf den Eingriff zurückzuführen sind?

   Falls ja, sieht die Bundesregierung hier mangelnde Abgrenzbarkeit und damit einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot, da in diesen Fällen die Betroffenen nicht an den Behandlungskosten beteiligt werden müssen?

6. Beruht die Ungleichbehandlung nach § 52 Absatz 2 SGB V auch auf unterschiedlich hohen Risiken für Folgeerkrankungen?

   Falls ja, welche Daten liegen der Bundesregierung bezüglich der Risiken nach Schönheitsoperationen auf der einen Seite bzw. nach Eingriffen wie Branding oder Cutting bzw. Ohrlochstechen auf der anderen Seite vor?

7. Ist das Stechen von Ohrlöchern zum Tragen eines Ohrrings als Piercing anzusehen?

   Falls ja, ist der § 52 Absatz 2 SGB V anzuwenden?

Falls nein, worin besteht der grundlegende und eine Ungleichbehandlung rechtfertigende Unterschied eines Piercings im Ohr und beispielsweise in der Augenbraue?

8. Gilt gegebenenfalls die Nichtanwendbarkeit des § 52 Absatz 2 SGB V nur für das Durchstechen des Ohrläppchens oder auch bei anderen Bereichen des Ohrs?

   Sieht die Bundesregierung hier einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot, wenn die Betroffenen unterschiedlich an den Behandlungskosten beteiligt werden müssen?

9. Gilt gegebenenfalls die Nichtanwendbarkeit des § 52 Absatz 2 SGB V nur für das Durchstechen des Ohrläppchens oder auch bei einer Weitung des Ohrlochs (z. B. Flesh-Tunnel), und wenn ja, bis zu welcher Größe?

   Sieht die Bundesregierung hier einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot, wenn die Betroffenen unterschiedlich an den Behandlungskosten beteiligt werden müssen?

10. Können auch andere ästhetisch motivierte Eingriffe wie Haarentfernung durch Waxing oder Haartransplantationen klar abgrenzbare Folgeerkrankungen verursachen?

    Falls ja, sieht die Bundesregierung hier einen Verstoß gegen das Gleichheitsgebot, da die Betroffenen nicht an den Behandlungskosten beteiligt werden müssen?

11. Wie begründet die Bundesregierung, dass die Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund von religiös motivierten Beschneidungen beim Mann keine Eigenbeteiligung des Patienten erfordert?

    Sieht die Bundesregierung hier einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot?

12. Wird § 52 Absatz 2 SGB V auch auf in anderen Kulturen und Religionen übliche Body Modifications, wie z. B. Lippenteller oder extrem gedehnte Ohrläppchen, angewendet?

    Falls nein, ist damit Artikel 3 GG bezüglich der Gleichbehandlung mit Piercings verletzt?

    Falls ja, wird damit die Religionsfreiheit (Artikel 4 GG) bzw. das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verletzt?

13. Ist der § 52 Absatz 2 SGB V für Permanent Make-Up anzuwenden?

    Falls nein, was unterscheidet Permanent Make-Up von Tätowierungen und sieht die Bundesregierung hier einen Verstoß des § 52 Absatz 2 SGB V gegen das Gleichheitsgebot?

14. Inwiefern ist eine geschlechtsangleichende Operation, die primär auf eine Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes abzielt, zu der im § 52 Absatz 2 SGB V genannten „medizinisch nicht indizierte(n) ästhetische(n) Operation“ zu zählen?

15. Beruht die Auswahl der in § 52 Absatz 2 SGB V genannten Eingriffe auch auf unterschiedlich hohe gesellschaftliche Akzeptanz des Eingriffs?

    Falls nein, wie begründet die Bundesregierung, dass Piercings zu einer Kostenbeteiligung führen, gesellschaftlich akzeptiertere Maßnahmen wie Ohrlochstechen aber nicht?

16. Soll und darf die Gesetzgebung im Bereich des SGB V gesellschaftlich normiertes und konformes Handeln bevorzugen und fördern?

Die Fragen 1 bis 16 sowie 18, 20 bis 23 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der § 52 Absatz 2 SGB V enthält eine Reihe auslegungsfähiger Rechtsbegriffe, die es den Krankenkassen ermöglicht, angemessen auf die von den Fragestellern beschriebenen Umstände des Einzelfalls zu reagieren. So können die Krankenkassen nach Auffassung der Bundesregierung insbesondere die Begriffe „Piercing“ und „ästhetische Operation“ weit auslegen und hierunter allgemein jeden Eingriff fassen, der ohne medizinische Indikation auf Wunsch des Patienten dessen Erscheinungsbild verändert („wunscherfüllende Medizin“). Grundsätzlich könnten daher auch die von den Fragestellern erwähnten Brandings (das Einbrennen von Schriftzeichen oder Symbolen in die Haut), Subdermals (Metalle, die unter die Haut eingebracht werden) oder auch andere weniger verbreitete Körpermodifikationen unter den Anwendungsbereich des § 52 Absatz 2 SGB V fallen. Inwiefern die letztgenannten Körpermodifikationen von den Krankenkassen in den Anwendungsbereich des § 52 Absatz 2 SGB V einbezogen werden, ist nicht bekannt. Wie bereits in der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 61 (Bundestagsdrucksache 17/8509) des Abgeordneten Harald Weinberg vom 24. Januar 2012 erläutert, weisen die Krankenkassen die Einnahmen aus § 52 SGBV nicht getrennt nach den in Absatz 2 genannten Tatbeständen aus, so dass hieraus kein Schluss auf die jeweilige Ursache der Einbehaltung gezogen werden kann.

Des Weiteren muss die Krankenkasse den Versicherten in „angemessener Höhe“ beteiligen. Bei der Beurteilung der Frage der Angemessenheit hat die Krankenkasse neben den finanziellen Verhältnissen des Versicherten auch die Gründe zu berücksichtigen, die zu dem Eingriff geführt haben. So kann eine aus religiösen oder kulturellen Gründen durchgeführte Körpermodifikation (Lippenteller, extrem gedehnte Ohrläppchen oder religiös motivierte Beschneidung) anders beurteilt werden als eine rein modisch motivierte Maßnahme.

Insgesamt ist § 52 Absatz 2 SGB V sowohl im Hinblick auf die von der Vorschrift erfassten Sachverhalte als auch auf die Rechtsfolgen hinreichend flexibel. Die gesetzlichen Krankenkassen können somit den § 52 Absatz 2 SGB V in verfassungskonformer Weise anwenden (zur Verfassungsmäßigkeit vgl. auch die Vorbemerkung). Die Anwendung der Vorschrift im Einzelfall ist jedoch ausschließlich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Hierzu nimmt die Bundesregierung keine Stellung.

17. Müssen Minderjährige in jedem Fall die Einverständniserklärung eines Vormunds vorlegen, wenn sie eine Tätowierung, ein Piercing (inkl. Ohrlochstechen) oder einen anderen ästhetischen Eingriff vornehmen lassen wollen?

Nein.

Die Bestellung eines Vormundes nur für die Einwilligung in einen der genannten Eingriffe sieht das geltende Recht nicht vor. Ganz allgemein erhalten Minderjährige einen Vormund, wenn sie nicht unter elterlicher Sorge stehen oder wenn die Eltern nicht zur Vertretung der Minderjährigen befugt sind (§ 1773 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Sofern für ein Kind ein Vormund bestellt ist (z. B. weil es sich um ein Waisenkind handelt), hat dieser die gleichen Rechte und Pflichten wie die Eltern.

18. Müssen die Krankenkassen auch Minderjährige bzw. deren Erziehungsberechtigte an den Folgekosten beteiligen, zumal nach Untersuchungen etwa die Hälfte der Piercings auf diesen Personenkreis entfällt und auch andere Body Modifications Teil der Jugendkultur sind?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

19. Inwieweit sind Menschen, die sich für eine Schönheitsoperation, eine Tätowierung oder ein Piercing entschieden haben, vorab darüber aufzuklären, dass sie im Falle einer Folgeerkrankung, mit möglicherweise erheblichen zusätzlichen Kosten zu rechnen haben?

    Ist die Aufklärung schriftlich festzuhalten und unterscheidet sich die Aufklärungspflicht zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Behandlerinnen und Behandlern?

Es beruht grundsätzlich auf der freien Entscheidung jedes Einzelnen, sich einer medizinisch nicht angezeigten Schönheitsoperation zu unterziehen oder eine Tätowierung oder ein Piercing vornehmen zu lassen. Eine ausdrückliche Verpflichtung zur Aufklärung über mögliche Kostenfolgen sieht das Krankenversicherungsrecht nicht vor. In jedem Fall ist der Betroffene vor dem Eingriff über die gesundheitlichen Folgen und Risiken des Eingriffs ausführlich aufzuklären.

20. Gilt der § 52 Absatz 2 SGB V auch, wenn die Folgeerkrankung für die Betroffenen nicht absehbar war, beispielsweise aufgrund bedenklicher Inhaltsstoffe in Tätowierfarben oder Verschulden der Behandelnden?

    Ist die Krankenkasse verpflichtet, die Eigenbeteiligung zurückzuerstatten, falls im Haftungsfall den Kassen die Behandlungskosten von Dritten erstattet werden?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

21. Wie wird die Maßgabe der medizinischen Notwendigkeit in § 52 Absatz 2 SGB V definiert?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

22. Ist beispielsweise die turnusmäßige Explantation eines Brustimplantats am Ende der Verwendungsdauer medizinisch notwendig?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

23. Wie bewertet die Bundesregierung unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung die Rechtspraxis, dass der Einsatz von Brustimplantaten nach einer krebsbedingten Entfernung der Brust als medizinisch notwendig angesehen wird, aber ein Permanent Make-Up aufgrund krankheitsbedingten Fehlens von Augenbrauen oder Wimpern nicht (vgl. Bundessozialgericht, 19. Oktober 2004, B 1 KR 28/02 R)?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

24. Wo ist die Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen geregelt?

    Welche Daten dürfen hierbei von wem erhoben werden?

25. Hat die Patientin/der Patient eine Mitwirkungspflicht bei der Überprüfung des ärztlichen Verdachts?

    Wo ist gegebenenfalls diese Mitwirkungspflicht geregelt?

    Welche Konsequenzen hat die Patientin/der Patient zu erwarten, wenn sie/er die Mitwirkung verweigert?

26. Wer trägt bei der Einzelfallprüfung die Beweislast – es handelt sich ja nur um einen Verdacht der Ärztin bzw. des Arztes?

    Woraus ergibt sich dies?

    Ist der Patient/die Patientin verpflichtet, alle für die Kausalitätsfeststellung erforderlichen Daten weiterzugeben oder gibt es hier eine Angemessenheitsgrenze?

    Wie wird dabei der Grundsatz der Datensparsamkeit überprüft?

Die Fragen 24 bis 26 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Einzelfallprüfung:

Jede Leistungsentscheidung einer Krankenkasse setzt die Überprüfung des Einzelfalls voraus. Im Falle des § 52 Absatz 2 SGB V muss die Krankenkasse überprüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen, die sie berechtigen, vom Versicherten eine Beteiligung an den Kosten zu verlangen.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

Zur Mitwirkungspflicht:

Das Sozialleistungsverhältnis zwischen Versichertem und der gesetzlichen Krankenkasse verlangt auch eine umfassende Mitwirkung des Versicherten. Der Umfang dieser Mitwirkungspflicht und dessen Grenzen sind in den § 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch festgelegt. Auch hier ergeben sich die Einzelheiten aus den Umständen des Einzelfalls, der von den Krankenkassen zu beurteilen ist.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

Zum Datenschutz:

Für die Prüfung der Krankenkasse, ob und inwieweit der Versicherte in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen ist, ist sie nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V befugt, die für diese Prüfung erforderlichen Daten zu erheben und zu speichern. Die Daten sind zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden. Die Überwachung, ob und inwieweit Krankenkassen den Grundsatz der Datensparsamkeit beachten, erfolgt durch die zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen und die zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden.

27. Muss die Ärztin/der Arzt bereits bei der vagen Möglichkeit der Erfüllung eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem Tatbestand nach § 52 Absatz 2 SGB V und einer Krankheit eine Meldung nach § 294a Absatz 2 SGB V abgeben, bei einer Wahrscheinlichkeit von etwa der Hälfte oder erst bei hoher Wahrscheinlichkeit?

    Wo ist das geregelt?

Die Vorschrift des § 294a Absatz 2 SGB V setzt voraus, dass der Ärztin oder dem Arzt konkrete Anhaltspunkte für das Vorliegen der in § 52 Absatz 2 SGB V genannten Voraussetzungen bekannt sind. Der Ärztin oder dem Arzt steht dabei ein Ermessensspielraum zu.

28. Was bedeutet es, sich eine Krankheit nach § 52 Absatz 2 „zugezogen“ zu haben?

    Reicht für eine Kostenbeteiligung hier die vage Möglichkeit, eine Wahrscheinlichkeit von etwa der Hälfte oder eine hohe Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem Tatbestand und der Krankheit?

Zwischen Krankheit und medizinisch nicht indizierter Maßnahme muss ein Kausalzusammenhang bestehen. Welche Ursache kausal ist, muss entsprechend der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges bzw. des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (vgl. BSG, NZS 2007, 212, 214 ff).

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

29. Fordert der § 52 Absatz 2 SGB V eine Eigenbeteiligung nur für die Kosten der ärztlichen Behandlung?

    Falls nein, wie wird geregelt, dass die Kosten für Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, Rehabilitation etc. gleichbehandelt werden?

    Sieht die Bundesregierung jeweils Abgrenzungsprobleme, insbesondere bezüglich der Indikation der verordneten Leistung?

    Erhalten auch andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Kenntnis von der Ursache der Erkrankung?

§ 52 Absatz 2 SGB V ermöglicht eine Beteiligung des Versicherten bei allen anfallenden Kosten.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 16 verwiesen.

30. Inwieweit sind persönliche Daten, wie etwa ob jemand sich einer Tätowierung, einem Piercing oder einer Schönheitsoperation unterzogen hat, gesetzlich geschützt und dürfen Dritten nur mit Genehmigung mitgeteilt werden?

    Wird durch die auf die drei genannten Sachverhalte beschränkte Selbstverschuldensregelung das Recht auf informationelle Selbstbestimmung verletzt?

Personenbezogene Angaben über durchgeführte medizinische Leistungen unterliegen grundsätzlich dem Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialdatenschutz. Die Vorschrift des § 294a Absatz 2 SGB V schafft eine Befugnisnorm für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen, Ärzte, Einrichtungen

und Krankenhäuser, damit diese den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitteilen, wenn ihnen Anhaltspunkte für das Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Absatz 2 SGB V bekannt sind. Die Übermittlung dieser Daten dient dem Zweck, den Krankenkassen zu ermöglichen, die in § 52 Absatz 2 SGB V vorgesehene Kostenbeteiligung der Versicherten zu prüfen, und somit auch der Stärkung des Solidarprinzips und der Eigenverantwortung der Versicherten in der GKV. Die Regelung ist geeignet, erforderlich und angemessen um diesen Zweck zu erreichen und stellt damit keinen unzulässigen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar.

31. Ist die Zustimmung zur Übermittlung der zusätzlichen Daten Voraussetzung für die medizinisch notwendige Behandlung?

    Darf der Patient/die Patientin der Datenübermittlung widersprechen und hätte dies zur Folge, dass er/sie als Privatpatient/Privatpatientin behandelt werden müsste?

Für eine Datenübermittlung nach § 294a Absatz 2 Satz 1 SGB V ist keine Einwilligung der Patientin oder des Patienten erforderlich. Deren bzw. dessen Widerspruch hat keine Auswirkungen auf die Datenübermittlung oder die Behandlung.

32. Reichen die von der Ärzteschaft weitergegebenen Daten, also des ICD-10-Diagnoseschlüssels (Verdacht) aus, damit die Krankenkassen die Kostenbeteiligung in einer dem Einzelfall entsprechend „angemessener Höhe“ erheben können?

    Geht der Begriff, „die erforderlichen Daten“ in § 294a Absatz 2 SGB V über den Diagnoseschlüssel hinaus oder dürfen Ärztinnen und Ärzte weitergehende Daten in jedem Fall nur mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten weitergeben?

Die Vorschrift des § 294a ermächtigt die Leistungserbringer zur Übermittlung der erforderlichen Daten. Diese können auch über die Mitteilung der Diagnoseschlüssel hinausgehen. Es handelt sich dabei um eine Erstinformation, die die wichtigsten Angaben in knapper Form enthalten sollte.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 24 bis 26 verwiesen.

33. Reicht es aus, für derart sensible Daten, die beim Arztbesuch erhoben werden, die Selbstverwaltung mit einer konkreten Regelung zu beauftragen oder müsste es eine bestimmtere gesetzliche Grundlage geben?

Die gesetzliche Regelung des § 294a Absatz 2 SGB V ist ausreichend. Eine konkretere gesetzliche Regelung der im Einzelfall an die Krankenkasse zu übermittelnden erforderlichen Daten ist nicht zielführend. Die den Krankenkassen übermittelten Daten unterliegen im Übrigen in vollem Umfang dem Sozialdatenschutz einschließlich der organisatorischen und technischen Vorkehrungen zum Schutz der Sozialdaten. Sie dürfen nur für die Prüfung nach § 52 Absatz 2 SGB V verwendet werden und sind nach den Vorgaben des § 304 Absatz 1 SGB V zu löschen.

34. Wann muss die Patientin/der Patient über die Weitergabe der Daten informiert werden, bei der ersten Kenntnisnahme der Ärztin/des Arztes von der Möglichkeit eines Tatbestandes nach § 52 Absatz 2 SGB V, vor oder nach der Diagnose, vor oder nach der Therapie?

    Wo ist das geregelt?

Die nach § 294a Absatz 2 Satz 2 SGB V vorgegebene Information des Versicherten hat nach dem Wortlaut der Vorschrift nach der erfolgten Meldung zu erfolgen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333